

Année 1963

N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(diplôme d'Etat)
par

BEAUGRAND Henri, Alfred, Marie
né le 1 Juillet 1933 à Rambouillet (Seine et Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DES CONGES DE LONGUE DUREE
POUR MALADIES MENTALES
DANS UNE GRANDE ADMINISTRATION PARISIENNE.

Président: Monsieur L. MICHAUX, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(diplôme d'Etat)

par

BEAUGRAND Henri, Alfred, Marie

né le 1 Juillet 1933 à Rambouillet (Seine et Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DES CONGES DE LONGUE DUREE

POUR MALADIES MENTALES

DANS UNE GRANDE ADMINISTRATION PARISIENNE.

Président: Monsieur L. MICHAUX, Professeur.

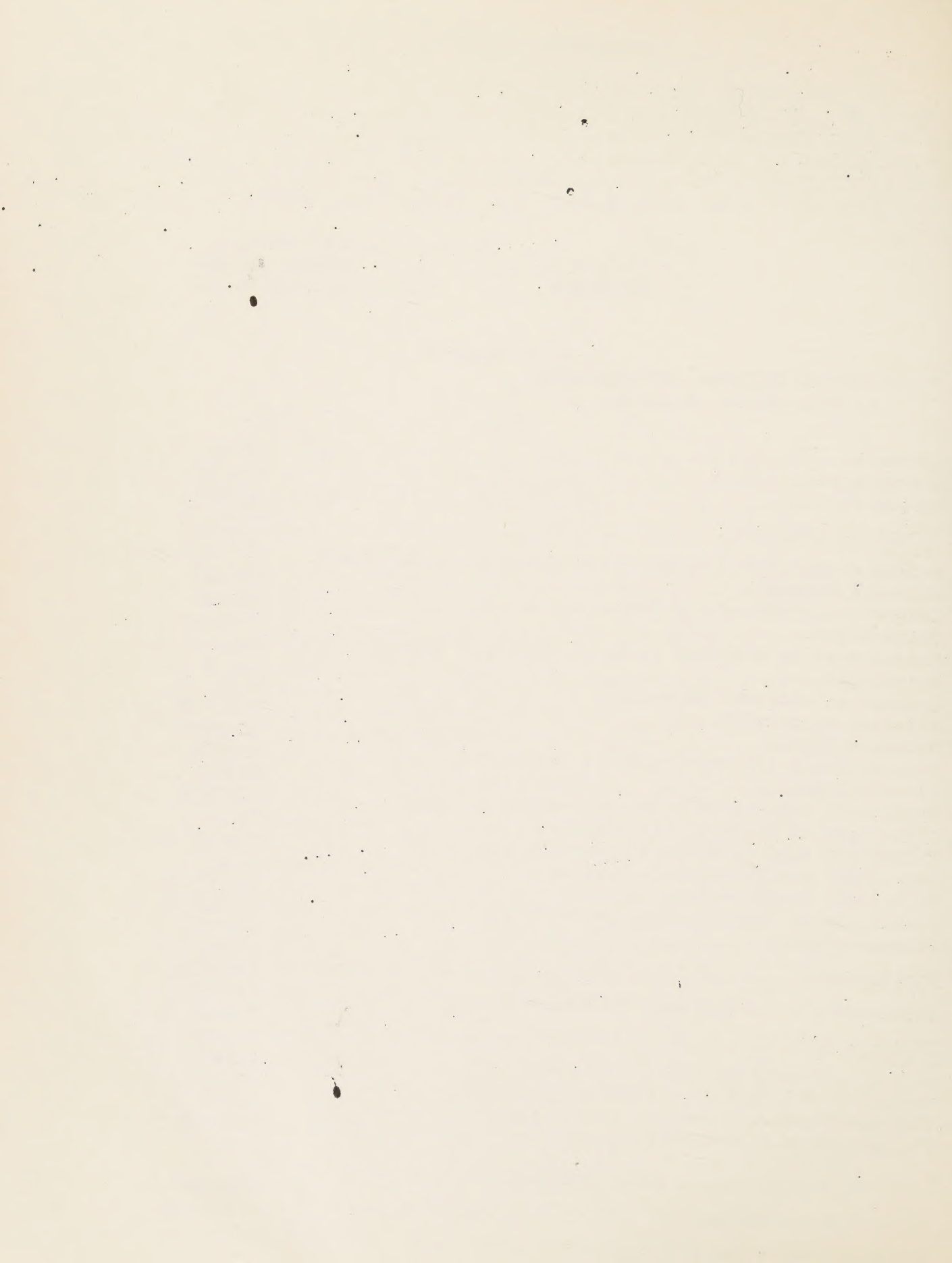


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153510_0006

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.)
	) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.)



Hygiène et médecine préventive.....	DEPARIS (M.)
Pharmacologie.....	LEVY (Mlle J.)
Physiologie.....	PARROT (J.)
Physique médicale.....	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	SOULIE (P.)
(Beaujon.....	LORTAT-JACOB (J.)
(Cochin.....	LEGER (L.)
(Cochin.....	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales.....	PATEL (J.)
(Hôtel-Dieu.....	CORDIER (G.)
(Pitié.....	GOSSET (J.)
(Saint-Antoine.....	SECARD (A.)
(Salpêtrière.....	CLIVIER (Cl.)
(Tenon.....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades).....	MERLE D'AUBICNE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin).....	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec).....	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologie (Pitié).....	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades).....	Hugier (J.)
Clinique gynécologique (Broca).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis).....	CATHALA (J.)
Cliniques des maladies des enfants (Enfants-Malades).....	MCLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).....	DELAY (J.J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Saint-Anne).....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).....	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	MILLIEZ (P.)
(Boucicaud.....	LENEGRE (J.)
(Broussais.....	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Cochin.....	BROUET (G.)
(Cochin.....	BARIETY (M.)
Cliniques médicales.....	SEZE (S. de)
(Hôtel-Dieu.....	DREYFUS (G.)
(Lariboisière.....	KOURILSKY (R.)
(Pitié.....	DEBRAY (C.)
(Saint-Antoine.....	GENNES (L. de)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).....	
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu).....	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....	GARCIN (R.)
(Baudeloque.....	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales.....	MERGER (R.)
(Foch (Suresnes).....	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales et gynécologique (Port-Royal).....	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....	

Clinique oto-rhino-laryngologique.....AUBRY(M)
 Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint Vincent
 de Paul).....LELONG(M)
 Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades).....MARIE(J)
 Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).....BERNARD(E)
 Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)...MICHAUX(L)
 Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)...COSTE(F)
 Clinique stomatologique (Pitié).....DECHAUME(M)
 Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)ROUX(M)
 Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)LEMAIRE(A)
 Clinique toxicologique.....GAULTIER(M)
 Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.. PADOVANI(P)
 Séméiologie médicale.....DOMART(A)
 Séméiologie et clinique chirurgicales.....POILLEUX(F)
 Clinique urologique (Necker).....COUVELAIRE(R)
 Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)...TURPIN(R)

b) Professeurs à titre personnel:

Médecine..... { .BOUR(H)
 { LHERMITTE(F)
 { PEQUIGNOT(H)

2. PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE AGREGES.

	MM.		
Anatomie.....	{ CABROL(C)	;	(BAULIEU
	{ GOINAUD(C)	.	(BOURILLON(R)
	{ GILLOT(C)	.	(CARTIER(P)
	{ OLIVIER(G)	.	(DREYFUS(JC)
	{ pr.s.ch.	.	(GONNARD(P)
			(KRUIH(J)
			(JEROME(H)
Anatomie pathologique	{ GAUTIER	.	Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports PLAS(F)
	{ VILLARS	.	
	{ ABELANET(R)	.	Carcinologie.... { BOIRON(M) DENOIX(P) MATHE(G) SELIGMANN(M)
	{ CHOMETTE(G)	.	
	{ GOUY GOU(CH)	.	
	{ m.conf	.	
	{ NEZELOFF(C)	.	
{ ORCEL(L)	.	dDermato-syphiligraphie: CIVATTE(J) DUPERRAT(B)	
{ PAILLAS(J)	.		
Anesthésio- logie....	{ KERN(E)	.	Electro-radiologie.. LEDOUX LEBARD
	{ VOURC'H(G)	.	
Bactériologie.	{ BARBIER(P)	.	Hématologie..... { BESSIS(M) BILSKIPASQUIER DAUSSET(J) DUHAMEL(G)
	{ CHRISTOL(D)	.	
	{ LE MINOR(L)	.	
	{ TOURNIER(P)	.	
	.	.	

Histologie...	(COUJARDpr.s.ch.; (MAROIS(M) (RACADOT(J)		(GARNIER(H) (GARNIER(H) (GAUDART (ALLAINES
Hydrologie...	(BESANCON (F) (CORNET(A)	Pathologie CHIRURGICALE.....	(GERMAIN(A) (LATASTE(J) (LOYGUE(J) (MERCADIER(M) (NATALI (J) (PELLERIN(D) (PERROTIN(J) (ROBERT(H) (THOMERET(G)
Hygiène.....	(BOYET(J)p.s.ch. (BLANCHET(G) (CORREHURST(L) (SAPINJALOUSTRE		
Maladies infectieuses..	(Bastin(R)p.s.ch. (DUPONT(v)		
Medecine légale..	(FOURNIER(E) (GUENOT(M) (HADENGUE(A)	Pathologie exotique.	(SCHNEIDER(J) (BENHAILOU(JP) (BERTHAUX(P) (BOIVIN(P) (CROSNIER(J) (HARTMANN(L) (LOEPER(J)p.s.ch
Medecine du travail..	ALBANIARY(C)		
neuro chirurgie.....	PERTUISET(B)	Pathologie expérimentale.....	(MAURICE(J) (MIKOL(C) (RICHTET(G) (AUSSANAIRE(M) (BOUVIER(J) (BOUVRAIN(Y) (BRICAIRE(H) (BRISSAUD(H) (BROCARD(H) (BUGE(A) (CATINAT(J) (CHRETIEN(J) (COBLENTZ(B) (CONTAMIN(F) (COURY(C) (ETIENNE(JP) (FREZAL(J) (FRITEL(D) (HENNEQUET(A) (HIMBERT(J) (HOUSSET(E) (Laroche(CL) (LESOBRE(R) (LEVEQUE(B) (MACREZ(C) (MOREAU(L) (NICK(J) (ROYER(P) (TOURNEUR(R) (WOLFROMM(R)
Neurologie.....	LAPRESLE(1)		
	(GRANNON(A) (H ERVET(E) (LE LORIER(G) (LEVY(J) (MORIN(P) (MUSSET(R) (ROBEY(M) (SENEZE(J) (SUREAU(C) (THOYERROZAT(J)		
Obstrétique....			
Ophthalmologie....	(BREGGAT(P) (DUBOIS(A) (SARAUX(H)	Pathologie médicale.....	
Orthopédie.....	(JUDET(R) (MEARY(R) (POSTEL(M) (RAMADIER(J)		
Oto-rhino-laryn- gologie.....	(DEBAIN(J) (PIALOUX(P)		
Parasitologie.....	(GOLVAIN (y) (Lapierre(J) (BARCAT(J) (BINET(JP) (CERBONNET(G) (CHATELIN(CL) (DUBOST(CH) (DUBOST(CL) (FAUREL(J) (ELABEAU(F)		
Pathologie chirurgicale...			

Pédiatrie Puériculture	{	LAFOURCADE(J)	Psychiatrie.....	PICHOT(P)
		LEPERT(G)		
		MANDE(R)		
		MOZZICONACCI(P)	Psychiatrie infantile.....	{ DENIKER(P) DUCHE(D) FLAVIGNY(H)
		POLONOVSKI(C)		
		ROSSIER(A)		
		VIALATTE(J)		
Pharmacologie	{	BOISSIER(U)	Rhumatologie.....	DELBARRE(F) pr.s.Ch.
		LECHAT(P)		
Physiologie..	{	BARRES(G)	Stomatologie.....	{ CERNEA(P) CHAPUT(A)m. conf.agr. GRELLET(M)
		DEJOURS(P)		
		pr.s.ch.		
		DURAN D(J)		
		GIRARDm.conf	Thérapeutique....	{ CHASSAGNE(P) MARCHE(J)
		HUGUELIN(A)		
		SHERRER(J)		
Physique médicale.....	{	CHANTEUR(J)	Urologie.....	{ AUVERT(J) MOULONGUET(A) QUENU(L)
		GOUGEROTm.conf.		
		Pr.s.ch.		
		GRENY(F) m.conf		
		MILHAUD(G)		
		PELLERIN(P)		
		ROUCAYROL(JC)		
Pneumo phtisiologie.	{	TUBIANA(M)		
		KREIS(B)		
		MEYER(A)		
		RENAULT(P)		

3. PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Anatomie.....	DEBEYRE(J)	Clinique ophtalmologique.....	(DESVIGNES(P) OFFRET(g)	
clinique chirurgicale	VERNE(JM)	Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE(R)	
Clinique médicale.....	{	PERRAULT(M)	Clinique psychiatrique.....	BARUK(H)
		RAMBERT(P)		
		THIEFFRY (S)		
Clinique obstétricale	{	GRASSET(J)	Clinique urologique.....	KUSS(R)
		MAYER(M)		

4. PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie.....HAUDUROY(P)p.s.ch
Pathologie chirurgicale.....RUDLER(J)p.s.ch.

5. CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIREet UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI(E)
LAUNAY(C)
Secrétaire général de la Faculté.....M.LENA(J)
Secrétaire principal.....Mlle. CHAINTREUIL(G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la) M. le Docteur HAHN(A)
Médecine
Conservateurs..... Melles DUMAITRE(P), LE NOIR(G),QUIEVREUX(E)
Bibliothécaire..... Mmes CONTET(J),FORGET(F)
Melle LAURENT(H)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME.

A MON FILS.

A MES PARENTS ET MES BEAUX PARENTS.

A MA FAMILLE.

A MON AMI LE DOCTEUR JACK TONSO.

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur L.MICHAUX
Professeur de la Chaire de Clinique de Neuropsychiatrie
infantile à la Faculté de Médecine de Paris

Medecin des Hopitaux
Expert des Tribunaux en Neuro-psychiatrie
Officier de la Legion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur F. BENOIST

Medecin des Hopitaux

Membre du Conseil Supérieur

de l'Hygiène publique de France,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé dans sa rédaction

Avec nos remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur BAILLY-SALIN
Medecin des Hopitaux Psychiatriques

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de nos remerciements respectueux pour l'aide qu'il nous a apportée et la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A mes Maitres dans les Hopitaux

Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE

Monsieur le Docteur THALHEIMER

Monsieur le Docteur NARDI

Monsieur le Professeur THOYER-ROZAT

Monsieur le Docteur FOUQUET

Monsieur le Professeur BOUR

Monsieur le Docteur BENOIST

Avec notre respectueuse gratitude pour
l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

INTRODUCTION.

Notre étude porte sur les congés de longue durée dont ont bénéficié les agents de l'administration de la Préfecture de la Seine atteints de maladies mentales durant la période de quinze ans s'étendant de 1948 à 1962 .

Il nous a paru intéressant d'étudier les congés pour maladies mentales accordés dans une grande administration depuis la mise en application des dispositions de la loi du 19 Octobre 1946. Celle ci avait essentiellement pour but de permettre aux fonctionnaires atteints de maladies, dont la durée dépassait leurs droits en congés ordinaires, de se soigner en continuant à percevoir le traitement budgétaire normal pendant une période pouvant atteindre cinq ans ou même huit ans en cas de maladies survenues du fait du service.

Dans un grand nombre de pays dont la civilisation est déjà ancienne, il était à remarquer que les troubles du comportement et les maladies mentales étaient en augmentation et que les maladies bénéficiaient depuis quelques années de traitements nouveaux permettant d'envisager différemment qu'antérieurement leur évolution et leur pronostic.

Les dispositions qui ont été mises en application ont donc pour base de permettre aux agents atteints de maladies prolongées de se soigner sans appréhension budgétaire pendant une période importante et de leur permettre de récupérer leurs fonctions antérieures ou de se reclasser dans un emploi leur permettant de continuer normalement leur carrière.

L'administration dans laquelle nous avons procédé à cette étude offre cette particularité de comporter un très grand nombre d'emplois, les plus divers comme nous le verrons ultérieurement et représente ainsi un groupe particulier assez constant dans ses modes de recrutement pour chacune des catégories, dans son activité professionnelle, dans ses nécessités d'aptitude. Elle groupe un effectif de près de 40.000 agents sans compter les contractuels, temporaires et intermittents qui dépendent des dispositions générales concernant les assurée sociaux.

L'intérêt de l'étude de ces congés vient aussi du fait que depuis quinze ans les médecins qui ont examiné les agents constituent une équipe pratiquement identique, groupant des médecins de médecine générale et des spécialistes du département de la Seine exerçant pour la plupart des fonctions hospitalières et ayant en vue, dans l'étude de ces cas, de maintenir un équilibre aussi juste que possible entre les exigences de l'exécution du service et la nécessité d'accorder aux agents malades les **congés** auxquels le statut leur ouvre droit.

Ces congés sont accordés, après avis d'une commission réunissant médecins de médecine générale et psychiatres, en général pour une période de 6 mois ou de 3 mois, renouvelable par la même procédure. Il en est de même de la reprise d'activité. De plus, après la reprise d'activité, les agents sont maintenus en surveillance périodique médicale et administrative.

Ainsi grâce à la mise en application des dispositions de la loi du 19 Octobre 1946 le service médical de la préfecture de la Seine a pu dépister, suivre pendant une longue période des malades mentaux et établir des dossiers individuels complets. A partir de ces dossiers, nous avons entrepris cette étude l'esprit aussi libre que possible de toute idée préconçue. C'est pourquoi nous avons analysé le phénomène "maladies mentales" par la méthode statistique après avoir tenté de dégager les caractères généraux et particuliers de la population (au sens statistique du terme) étudiée. Dans le même esprit nous avons laissé cette analyse aussi ouverte que possible. Ainsi seront développées:

d'une part les interférences existant entre les congés de longue durée et la population quant à l'âge, le sexe, l'emploi.

d'autre part les interférences entre les congés de longue durée et les maladies mentales. Nous ferons l'étude du nombre des congés, de la variété de l'évolution, de la durée nécessaire au rétablissement des malades, de l'influence de la thérapeutique actuelle. Nous verrons la nécessité de distinguer les états psychotiques des états dépressifs réactionnels qui constituent la moitié des congés.

Nous verrons également combien le classement en longue durée est important tant au point de vue administratif que personnel, en ce qui concerne les malades, et combien peuvent être nocives les interprétations d'états que la thérapeutique peut améliorer dans des délais relativement courts

et ne dépassant pas les trois mois pendant lesquels le malade perçoit, en congé ordinaire, la totalité de ses émoluments. Il est à remarquer que selon l'évolution, il est toujours possible de reconsidérer la position administrative des agents qui ont pu être mis momentanément en disponibilité et rapporter la décision pour les faire bénéficier des dispositions de la loi de 1946.

LES EFFECTIFS ET LES CATEGORIES DE PERSONNEL
DE LA PREFECTURE DE LA SEINE.

Le service médical de la préfecture de la Seine a la surveillance et le contrôle d'environ 58.525 agents. Ce nombre ne comprend pas les contractuels, temporaires et intermittents dépendant des dispositions générales concernant les assurés sociaux, différentes de celles de la préfecture de la Seine qui elles résultent d'arrêtés préfectoraux pris en application des dispositions générales consécutives à la promulgation de la loi du 19 Octobre 1946.

Cet ensemble d'agents présente pour une telle étude un intérêt majeur en raison de sa variété.

En effet il comprend des agents des deux sexes, dont l'âge se situe entre 20 et 65 ans, de toute condition, de niveaux intellectuels très différents, exerçant des fonctions actives ou sédentaires avec ou sans responsabilité. Ainsi se trouvent réunis, dans cette même administration, des administrateurs, des ingénieurs, des architectes, des professeurs, des infirmiers, des ouvriers qualifiés, spécialisés ou non, des éboueurs, des jardiniers, des bucherons.... Il serait difficile d'énumérer tous les emplois possibles, l'administration de la préfecture de la Seine comptant plusieurs centaines de variétés d'emplois différents.

Cependant le service du Personnel groupe le classement de ces fonctionnaires en catégories dont les bureaux sont au nombre de trois: le personnel administratif, le personnel

technique et ouvrier et les personnels spéciaux

Au point de vue de leurs activités on peut encore individualiser plusieurs groupes:

1) Le personnel administratif: groupant le personnel administratif supérieur avec les administrateurs et le personnel administratif subalterne composé d'employés de bureau de différents grades, auquel nous avons rattaché le service social bien qu'administrativement il relève du bureau des personnels spéciaux.

Au total cet ensemble de personnel comprend 6.879 agents.

2) Le personnel enseignant composé de professeurs d'enseignements dits "spéciaux" à savoir éducation musicale, écriture, culture physique, langues vivantes, éducation artistique et technique.

Il comprend 4070 professeurs.

3) Le personnel technique composé d'ingénieurs, d'architectes, d'adjoints techniques et d'experts du matériel.

Il comprend 1890 personnes.

4) Le personnel hospitalier composé, pour la majeure partie, d'infirmiers et d'agents hospitaliers remplissant essentiellement leurs fonctions dans les hôpitaux psychiatriques: 6090 agents.

5) Le personnel ouvrier comprend 15.000 ouvriers.

6) Enfin le personnel, que nous appellerons "secondaire", nécessaire à la garde et à l'entretien des immeubles et des bureaux auquel nous avons adjoint les gardes de squares ou

promenades, comprend 4.296 agents.

Cette population nombreuse, très variée, ne représente pas un échantillonnage complet de notre société dite active mais cependant elle groupe des agents réunis sous un même statut du fonctionnariat et dont l'embauchage, les conditions de surveillance médicale et de contrôle sont identiques.

Le régime du fonctionnariat semble surtout caractérisé par ses caractères de sécurité et de stabilité: stabilité de l'emploi par la titularisation, sécurité devant les aléas en particulier devant la vieillesse par la retraite qui peut être demandée précocement et être proportionnelle ou plus tardivement et être complète. Ce régime plus que tout autre doit donc paraître particulièrement satisfaisant à certains sujets qui consciemment ou inconsciemment, du fait de l'expérience du passé ou d'une anxiété constitutionnelle, recherchent cette stabilité et cette sécurité.

Il est cependant difficile de conserver intacte cette notion. En effet la sélection des agents par le caractère du fonctionnariat est modifiée, dans une proportion impossible à évaluer, par les conditions du recrutement rendu parfois difficile du fait de la dévaluation de la fonction publique.

Il y a lieu de remarquer que certains services très développés, ne trouvent qu'exceptionnellement leur équivalence dans les autres groupes sociaux. Il en est ainsi, par exemple, du service du nettoyage dont l'amplitude est due à l'importance de l'agglomération de la Seine. Ainsi se trouvent réunis des sujets au reclassement toujours difficile sinon précisément dans ce genre d'emploi.

LE STATUT MEDICO ADMINISTRATIF.

SON APPLICATION.

Tous les agents mis en congé de longue durée pour maladies mentales bénéficient des avantages fixés, nous l'avons vu, par l'arrêté du 12 Mars 1947 modifié. L'article 6 précise que

"Les agents atteints de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse ou de poliomyélite bénéficient de congés de longue ^{durée}. Ils perçoivent, sauf en ce qui concerne l'indemnité de résidence qu'ils reçoivent dans tous les cas en totalité, pendant les trois premières années, l'intégralité et, pendant les deux années suivantes, la moitié de leurs émoluments.

Toutefois s'il est constaté que la maladie donnant droit au congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les délais fixés par l'alinéa précédent sont respectivement portés à cinq et trois années."

Ainsi sont fixés les droits des agents aux congés de longue durée. L'arrêté précise ensuite la façon dont seront accordés ces congés:

" Les congés de longue durée peuvent être accordés et renouvelés par périodes successives ne devant pas dépasser six mois, après examen par deux médecins du service médical central qui feront appel, s'ils le jugent nécessaire, à un médecin spécialiste.

Les intéressés auront la faculté de se faire assister par un médecin de leur choix, lors des examens dont ils feront

l'objet."

Enfin l'article 7 précise l'avenir des malades que l'on ne peut réintégrer après l'épuisement de leurs droits aux congés de longue durée:

" Les agents ayant épuisé les droits à congé de maladie et ne pouvant, à l'expiration de leur dernier congé, reprendre leur service sont soit mis en disponibilité, soit sur leur demande et s'ils sont reconnus définitivement inaptes, admis à la retraite."

Un aperçu de la mise en application des textes nous fera mieux comprendre la qualité de la " sélection " des malades mentaux.

La mise en congé de longue durée peut se faire selon deux modalités selon que la demande en est faite par l'intéressé ou par un chef de service.

Dans le premier cas l'agent peut, qu'il soit en position d'activité ou déjà en congé ordinaire de maladie, formuler une demande de mise en congé de longue durée appuyée d'un certificat de son médecin traitant. D'autre part le médecin traitant peut communiquer au service médical un résumé succinct de ses observations et le malade les pièces justificatives nécessaires.

La demande de congé de longue durée n'est généralement pas formulée dès l'arrêt de l'activité du fonctionnaire, dont l'affection réelle n'a pas toujours été diagnostiquée dès les premiers symptômes de maladie. Il s'écoule fréquemment un laps de temps plus ou moins long pendant lequel le malade est mis en observation par son médecin traitant.

Pendant toute cette période le fonctionnaire est mis en congé ordinaire de maladie, mais non immédiatement en congé de longue durée. Rappelons que dans une période de douze mois la durée totale des congés ordinaires de maladie auxquels un fonctionnaire peut prétendre est de trois mois à plein traitement, de trois mois à mi-traitement. Si pendant la période de douze mois qui précède l'arrêt du service, le fonctionnaire n'a pas bénéficié de ces congés il sera pendant la période initiale de son congé à plein traitement, ou s'il a dépassé antérieurement les trois mois de plein traitement il sera mis en congé à mi-traitement. Mais il est indispensable qu'avant l'expiration de cette période la preuve soit apportée de sa maladie mentale. En effet il ne peut plus en principe bénéficier du droit aux congés de longue durée si après avoir épuisé ses droits aux congés ordinaires il est mis en disponibilité.

Notons qu'au cas où le fonctionnaire aurait été mis pendant son congé ordinaire à demi-traitement, des dispositions particulières permettent, si le congé de longue durée est accordé, de régulariser la période antérieure de demi-traitement et de faire obtenir au malade un traitement intégral depuis le début de son arrêt de travail.

Ainsi dès maintenant il importe de remarquer que si le comité médical peut disposer d'un certain laps de temps, correspondant à un congé ordinaire, avant de prendre la décision de mettre le fonctionnaire en congé de longue durée, dans certaines circonstances une décision rapide doit

être prise avant la mise en disponibilité du fonctionnaire. Dans le second cas ce n'est pas le fonctionnaire qui présente la demande de congé de longue durée, mais le chef de service dont il dépend: Ainsi lorsque le fonctionnaire présente des troubles du comportement résultant de l'évolution d'une maladie mentale qui le rend incapable de continuer à remplir son emploi correctement ou à exercer normalement son activité qui le met en rapport avec le public ou bien encore il présente des réactions qui peuvent le rendre dangereux pour son entourage. Il appartient dans ces cas au chef de service de prescrire une visite médicale par un spécialiste qualifié et de mettre le fonctionnaire en congé d'office.

Ainsi en pratique chaque malade est examiné par quatre médecins: son médecin traitant qui dans tous les cas peut être entendu, deux médecins du service médical et un médecin psychiatre agréé. Chaque décision nouvelle est prise par accord entre ces trois derniers que ce soit une prolongation de repos, la réintégration ou la mise en disponibilité ou la retraite.

Enfin au cours de son congé le fonctionnaire doit, sous le contrôle de l'administration, se soumettre aux prescriptions thérapeutiques que son état nécessite.

ETUDE ET INTERPRETATION DES STATISTIQUES.

De 1948 à 1962, pendant donc une durée de quinze ans 366 agents ont bénéficié de congés de longue durée pour maladies mentales, dans les conditions que nous avons étudiées.

Sur ces 366 agents, 163 sont du sexe masculin et 203 du sexe féminin, ces deux nombres n'étant donnés qu'à titre indicatif, les agents étant comptabilisés dans l'administration d'après leurs fonctions et l'importance relative des personnels masculin et féminin n'y est pas connue de façon précise.

I. REPARTITION DES CONGES SELON LES ANNEES: TABLEAU I.

La répartition annuelle des congés de longue durée est quantitativement différente selon que l'on envisage le nombre de premiers congés ou le nombre total de congés pendant une année donnée.

Nous donnons donc deux résultats: le premier correspondant à la répartition annuelle des premiers congés, le second aux congés pris dans leur ensemble. Naturellement ces nombres évoluent parallèlement, mais sont plus élevés pour les seconds du fait du chevauchement des différents congés:

Années	nombre de premiers congés	nombre total de congés
1948	6	7
1949	6	8
1950	11	14
1951	19	33
1952	13	40
1953	33	59
1954	23	59
1955	20	53
1956	30	55
1957	45	83
1958	26	73
1959	24	65
1960	42	83
1961	56	130
1962	10	74

Pour l'année 1962 les chiffres donnés ne sont pas définitifs.

Dans la progression depuis 1948 il nous semble que l'on puisse tenir compte d'un certain nombre de facteurs assez généraux dont l'un en particulier nous semble être celui de la "psychiatisation" d'un certain nombre d'états psychologiques.

La vogue dans le monde médical comme dans celui des malades des états dépressifs, vogue que nous retrouverons et elle nous a posé un problème redoutable, nous semble en effet un phénomène sociologique relativement récent.

L'influence nord-américaine, dont un certain nombre de films nous a donné un aspect caricatural, a contribué peu à peu dans l'esprit français à recourir plus fréquemment à une explication d'ordre psychiatrique que les préjugés tendaient antérieurement, au contraire, à écarter.

La vogue des tranquillisants, la publicité qui s'est faite à leur endroit, a contribué pour une bonne part à rendre plus familier allions nous écrire le fait psychopathologique.

Dans certains milieux un véritable snobisme s'est fait jour et l'on parle de "sa" dépression nerveuse comme l'on parlait il y a trente ans de "sa" ménopause ou de "sa" colibacillose.

Cette dédramatisation du fait psychiatrique explique peut être, pour une part, l'augmentation du nombre des congés pour troubles mentaux.

On aurait pu en effet penser que ce congé de longue durée pour "troubles mentaux" aurait eu pour la population de fonctionnaires intéressée "mauvaise réputation".

de l'avis de la population. Les agents auraient éprouvé, de façon assez fréquente, à l'instar, une certaine crainte ou une certaine appréhension de se voir cataloguer parmi les "fous". Or l'absence de la même crainte n'a au contraire confirmé cette hypothèse. Les psychiatres agréés des administrations n'ont jamais eu de réaction, au casé de réaction de prestance ou de refus de se faire cataloguer "fou" parmi les gens porteurs d'une "affection mentale". Cette remarque nous semble aller dans le même sens que celle que nous formulons plus haut, à savoir l'acceptation inconditionnellement meilleurs du fait psychiatrique ou de fait psychopathologique dans le monde.

Quant au caractère général de la répartition des congés de longue durée, celle-ci semble indiquer une fréquence de plus en plus grande. Cependant la progression n'est pas absolument régulière et la répartition des résultats dans leur détail se révèle assez irrégulière et ne nous paraît pas devoir comporter, pour le temps de nos matériaux, de conclusion définitive.

Le tableau 1958-1959 pourrait permettre de soulever l'hypothèse d'une action de la chimiothérapie moderne et tout particulièrement les antidépresseurs. IL ne s'agit là évidemment que d'une hypothèse. En fait le retour d'une progression régulière de l'incidence permettrait de penser que les antidépresseurs n'auraient fait que palier au sens de la durée, un certain nombre de cas, qui finissent toutefois par se décompenser et entraîner cette décadence.

Pour la suite de cette étude il nous a fallu éliminer un certain nombre de dossiers, la durée des congés ne pouvant

être considérée comme valable que lorsqu'une conclusion administrative en a été l'aboutissement. Ainsi n'avons nous pu tenir compte des congés encore en cours actuellement. D'autre part un certain nombre de malades ont abandonné l'administration pour d'autres raisons que médicales, en particulier des agents de souche nord-africaine ont regagné l'Afrique. Enfin certains ont pris leur retraite, celle ci n'ayant parfois aucun rapport avec l'affection donnant droit au congé. Enfin certains sont décédés.

Ainsi avons nous retenu 276 congés de longue durée.

II. REPARTITION DES CONGES DE LONGUE DUREE EN FONCTION DE L'EMPLOI. TABLEAU II:

Nous avons comptabilisé les congés en fonction des groupes d'emplois que nous avons analysés, et établi le pourcentage de sujets malades dans chacun de ces groupes.

Groupes d'emplois	nombre de congés	pourcentage
Personnel		
administratif	72	1,03%
Personnel		
technique	12	0,58%
Personnel		
ouvrier	68	0,43%
Personnel		
hospitalier	59	0,97%
Personnel		
enseignant	39	0,98%
Personnel		
"secondaire"	26	0,64%

Dès l'abord nous constatons que les différents groupes sont de valeur différente. Ces groupes nous ont été en effet imposés par le système de recensement de l'administration qu'il nous a bien fallu suivre. En particulier l'étude des agents du personnel administratif est d'une interprétation difficile compte tenu de la non ventilation entre cadres et agents administratifs subalternes. Il s'agit donc d'une population non homogène. Cependant, dans ce groupe, le niveau socio culturel est relativement élevé et le personnel est stable, typiquement fonctionnaire. Il s'oppose en cette

matière à certaines catégories d'ouvriers moins stables dans l'emploi.

Ces réserves étant faites, on est frappé par la discordance entre les pourcentages d'agents bénéficiant de congés, respectivement 1,03% pour le personnel administratif et 0,43% pour le personnel ouvrier et l'on serait tenté d'établir une relation entre le niveau intellectuel et l'apparition de troubles mentaux. Il nous semble que la remarque que nous formu-

lions et qui concernait la "psychiatisation" plus facile de nos jours de certains troubles psychologiques, s'appliquerait de façon plus directe aux niveaux socio culturels plus évolués. Dans cette perspective on comprendrait mieux que le personnel administratif plus évolué, plus influençable ou plus rapidement touché par les courants d'idées, se soit trouvé de façon plus remarquable entraîné par ce courant. Dans le même sens plaideraient les pourcentages respectifs des personnels enseignant et "secondaire" 0,98% Et 0,64%.

Quant au personnel hospitalier, il est à noter qu'une forte proportion de ce personnel travaille dans les hopitaux psychiatriques dans des conditions difficiles et en présence de malades mentaux.

L'étude de cette catégorie de personnel nécessiterait à elle seule une fort longue étude. Il est bien certain que le problème, dans l'abstrait soulignons le, de la "vocation" à être infirmier des hopitaux psychiatriques peut apparaitre comme suspect; on imagine en effet que des personnalités

inquiètes, insatisfaites, ayant obscurément conscience de leur déséquilibre profond soient attirées, homéopathiquement pourrait-on dire, par cette profession. L'expérience quotidienne et le contact prolongé avec le personnel soignant des hopitaux psychiatriques ne semblent pas en faveur d'une telle hypothèse, le recrutement des hopitaux psychiatriques de la Seine étant essentiellement un recrutement local, l'hôpital psychiatrique apparaissant, tout particulièrement pour le personnel féminin comme l'une des branches ouvertes d'activité. On peut noter que pour les deux hopitaux psychiatriques les plus importants (Maison Blanche et Ville Evrard), ces établissements constituent pratiquement le seul débouché offert à la main d'oeuvre locale.

Il serait également intéressant de constater pour cette même catégorie d'agents que le phénomène morbide mental avec lequel ils sont quotidiennement en contact, leur apparaît de ce fait comme plus "naturel" si l'on ose dire. En fait les cas que nous avons observés ne plaident pas non plus en faveur d'une telle hypothèse et nous avons, au contraire, souvent remarqué que les infirmiers tendaient à distinguer de façon assez formelle leurs troubles de ceux des malades dont ils ont ordinairement à s'occuper.

III. DUREE MOYENNE DES CONGES DE LONGUE DUREE EN FONCTION
DE L'EMPLOI: TABLEAU III.

.....	
• Groupes d'emplois	• Durée moyenne des congés.
•	• exprimée en mois.
.....	
• Personnel	•
• administratif	• 13,2
.....	
• Personnel	•
• technique	• 15,3
.....	
• Personnel	•
• ouvrier	• 16,6
.....	
• Personnel	•
• hospitalier	• 20
.....	
• Personnel	•
• enseignant	• 16
.....	
• Personnel	•
• "secondaire"	• 16,1
.....	

Mis à part le personnel hospitalier, dont les conditions de travail sont très particulières, notons que si en pourcentage le personnel administratif est le plus nombreux, la durée de ses congés est la plus faible et qu'il est intéressant de noter que le personnel ouvrier, le moins important en pourcentage, a une durée de congés la plus

longue. Résultats que nous pouvons exprimer sous une autre forme: les troubles mentaux du personnel ouvrier sont rares mais sévères, les troubles mentaux du personnel administratif sont fréquents mais peu graves.

Ces deux notations nous semblent confirmer, d'une façon assez spectaculaire, les hypothèses que nous formulions à l'analyse du tableau statistique précédent. En effet le personnel administratif, plus sensible au courant psychiatrique moderne, est plus facilement touché par le phénomène de "psychiatisation" mais pour des troubles moins graves. Dans ces conditions il est bien normal que correspondant à des affections bénignes les congés soient sensiblement plus courts.

Pour le personnel hospitalier, la durée est extrêmement élevée comparativement et l'on peut penser, que pour soigner les malades mentaux, il faut un très grand équilibre et par conséquent il convient que le personnel lui même malade ait récupéré une certaine stabilité.

IV. NOMBRE ET DUREE MOYENNE DES CONGES EN FONCTION DE L'AGE

TABLEAU IV.

Ages	Nombre de congés	Durée moyenne exprimée en mois
20-25	9	21,6
26-30	34	17
31-35	33	11,3
36-40	40	14,3
41-45	34	18,7
46-50	46	18,5
51-55	34	20,6
56-60	14	14,3
61 et plus	7	16

L'analyse de ce tableau se révèle délicate du fait, d'une part du petit nombre de sujets malades avant 25 ans, l'âge de la mise au travail ayant une certaine influence, et d'autre part de la mise à la retraite, théoriquement à 60 ans, mais en réalité à des âges différents selon les situations familiales ou les catégories d'emplois. Ces faits enlèvent une certaine valeur aux deux nombres extrêmes du tableau. Nous le donnons donc surtout à titre indicatif.

Sous réserve de ces remarques on peut cependant noter que l'âge le plus fréquemment atteint se situe entre 46 et 50 ans. L'influence, dans le personnel féminin, de la période ménopausique n'y est sans doute pas étrangère avec tous les changements physiologiques qu'elle entraîne. Enfin la durée des congés se révèle être très élevée avant 25 ans et entre 45 et 55 ans. Ces faits semblent en rapport avec la gravité de la schizophrénie plus fréquente chez le sujet jeune et l'apparition de psychonévroses d'involution chez certains sujets proches de la retraite. Enfin l'âge le moins atteint par les troubles mentaux qui semblent aussi les moins graves se situe entre 31 et 35 ans.

V. NOMBRE ET MOYENNE DE DUREE DES CONGES DE LONGUE DUREE

EN FONCTION DES DIFFERENTES MALADIES MENTALES:

TABLEAU V.

Maladies	nombre de conges	importance en % de chaque maladie	durée moyenne exprimée en mois
Delires			
chroniques	33	11,9	28
Schizophrénies	30	10,9	27
Démences artériopa- thiques	2	0,7	12
Etats dépressifs	173	62,6	12
Syndromes névrotiques	10	3,6	22
Déséquilibres psychiques	5	1,8	16
Ethylisme psychiatrique	17	6,1	11
Epilepsie avec troubles mentaux	3	1	9
Sequelles neurologiques	3	1	22

Nous étudierons tout particulièrement trois groupes de maladies mentales:

A). PSYCHOSES CHRONIQUES

Les psychoses chroniques forment le premier groupe avec les délires chroniques (observation I et II) et les schizophrénies (observation III et IV):

Telles les observations suivantes:

observation I

Madame D... âgée de 54 ans, surveillante, est hospitalisée en Août 52 à l'hôpital de la Salpêtrière pour dépression mélancolique avec idées de persécution. Depuis un an ses règles sont irrégulières et cette femme est en pleine phase ménopausique.

Pendant un an on alterne électro-chocs dont elle subit trois séries au cours de trois hospitalisations et traitements sédatifs (sympatil).

Aucune amélioration n'est apportée par ces traitements. Bien au contraire l'état dépressif persiste avec insomnie, fatigue générale, angoisse avec préoccupations hypochondriaques de plus en plus importantes, la malade ayant la conviction d'avoir un cancer généralisé.

En Juillet 1955 l'évolution de cet état mélancolique persistant se fait de façon de plus en plus défavorable avec apparition d'hallucinations auditives: dans la rue et même dans sa chambre la malade entend des propos grossiers, qu'"on"

l'oblige à répéter; "on" devine sa pensée.

Pendant un an ces troubles s'aggravent encore avec augmentation des tendances hypochondriaques. La malade ne se souvient plus du début de sa maladie. L'insomnie est complète. L'hospitalisation et le traitement par Largactil ne donnent aucun résultat valable.

Enfin en Juin 57 après un congé de longue durée de cinq ans devant la persistance de cette psychose hallucinatoire incurable la malade est réformée.

observation II

Monsieur M... Âgé de 37 ans, éboueur, est hospitalisé à la Salpêtrière en Mai 1956 pour un état dépressif grave nécessitant un traitement par électro-chocs puis par Largactil qui n'apporte qu'une amélioration passagère de 4 mois, car en Décembre on note l'importance de l'état dépressif avec insomnie, idées de culpabilité avec apparition d'interprétations: le malade a l'impression qu'on veut le tuer, que les gens s'occupent de lui dans la rue. On a dit du mal de lui à son travail, on a voulu le faire passer pour un mouchard, un indicateur. Il se confie de plus en plus chez lui craignant même qu'on vienne l'y critiquer, acceptant à peine la présence du médecin et résolu à ne pas reprendre son travail dans la crainte de ses persécuteurs. L'échec évident du traitement ambulatoire par Largactil entraîne une nouvelle hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de

Vaucluse au cours de laquelle aucune amélioration n'est notée

Enfin après cinq ans de congé de longue durée la persistance du délire de persécution à mécanisme interprétatif chez ce sujet débile entraîne sa réforme.

observation III.

Mademoiselle B... âgée de 26 ans, infirmière présente en Juin 56 puis en Octobre deux épisodes asthéniques mis en partie sur le compte de fatigues exagérées dues au fait que cette infirmière tout en assurant un service de garde prépare un diplôme d'anesthésiste. Du reste ces deux épisodes régressent facilement après un mois de congé ordinaire.

En Décembre elle vient consulter dans un état de désorientation et de désagrégation intellectuelle tels que le diagnostic de démence précoce est évoqué d'autant plus que l'on apprend que l'année précédente elle a vu des psychiatres lui ayant conseillé une cure de Sakel, d'ailleurs non suivie.

Hospitalisée à deux reprises, elle subit au total 50 comas insuliniques en un an entraînant une nette amélioration.

Cependant la persistance d'un ralentissement de l'expression, d'une certaine réticence schizophrénique font surseoir à la reprise du travail. En fait cette amélioration se révèle passagère puisqu'en Mars 58 on note une rechute avec impulsions, barrages, parasitisme de la mimique, flou de la pensée.

Après un an de traitement en milieu hospitalier par Nozinan la reprise du travail est décidée devant son état devenu très satisfaisant.

Trois mois après la reprise, son chef de service note des inexactitudes et des lacunes dans son service, des erreurs graves dont la malade n'a pas conscience. Une nouvelle mise en congé est décidée et malgré plusieurs cures de chimiothérapie ou insulinothérapie son état ne change plus guère. Il existe toujours une apathie, avec ralentissement idéatoire, un parasitisme mimique, une ambivalence profonde, une psychorigidité entraînant un déficit de la relation avec autrui, si bien qu'après cinq ans de congé de longue durée la malade est réformée.

observation IV.

Monsieur C... âgé de 25 ans, éboueur est hospitalisé en Aout 57 à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse pour troubles psychiques avec sentiment d'incapacité, d'indignité, d'étrangeté du visage, étrangeté de la pensée, impulsions clastiques. A l'examen on note alors la mimique pauvre, les sourires inadaptes, la froideur du contact, le flou des projets et des désirs. De plus on apprend que depuis l'âge de 15 ans existe un apragmatisme sexuel avec desintérêt.

Hospitalisé et traité à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse, il peut reprendre son travail 6 mois après en Mars 58

Cependant une rechute interrompt son travail au bout de 3

mois et dorénavant malgré plusieurs hospitalisations l'évolution schizophrénique persistera avec des périodes délirantes caractérisées d'idées de persécution entraînant une certaine agressivité et des périodes dépressives avec idées de suicide.

Traité en Mai 62 par du Moditen son état cependant s'améliore suffisamment pour permettre en Novembre une réadaptation dans son pays d'origine (Loire atlantique) mais après cinq ans de congé, le travail ne pouvant être repris, il est réformé.

B). ETATS DEPRESSIFS

Les états dépressifs forment le second groupe. Ils peuvent être classés en états dépressifs mélancoliques

(observations V et VI.)

états dépressifs névrotiques

(observations VII et VIII.)

états dépressifs non étiquetés.

observation V.

Monsieur R... âgé de 39 ans, adjoint technique est hospitalisé d'office à l'hôpital Henri Rousselle pour tentative de suicide. Il présente alors une dépression mélancolique avec idées de culpabilité, et obsessions-impulsions. Au cours de son hospitalisation il tente de nouveau de se suicider. Dans les antécédents on apprend qu'il est sevré depuis 6 mois de toute boisson alcoolisée et qu'il est impuissant.

Le traitement est alors mis en oeuvre comprenant des électrochocs et cures de Sakel, si bien qu'en Décembre il est considéré comme guéri. Cependant son congé est prolongé car on note "une asthénie physique et psychique qu'il est permis de mettre en relation avec les traitements psychiatriques majeurs qui lui ont été appliqué!"

Et ce n'est qu'en Juillet 57, après un traitement par Largactil qu'on décide la reprise du travail.

observation VI.

Madame C... Âgée de 27 ans est hospitalisée en hopital psychiatrique en Juillet 1940 pour excitation maniaque avec agitation constante, fuite des idées, déclamations et chants. L'insomnie est complète. Traitée elle est guérie de son accès maniaque après deux mois d'hospitalisation.

Cependant un mois après elle présente un état dépressif net avec pleurs, asthénie, amaigrissement, aphonie nerveuse. Enfin en Novembre 1940 elle est en état de reprendre son travail.

En 1952, douze ans après, nouvel accès hypomaniaque: la malade est énervée, écrit beaucoup, vacille dans la rue, pleure tout le temps, est insomniaque. L'examen révèle une tension instable, une tachypsychie, des préoccupations mystiques et une fuite des idées avec hypomnésie. Cet accès qui a débuté en Février est très amélioré en Septembre mais la persistance d'une asthénie entraine la prescription d'une cure hygiéno-

diététique à la campagne.

En Novembre de la même année la malade doit être hospitalisée pour un syndrome dépressif mélancolique typique qui réagit très bien à un traitement par électro-chocs.

Si bien qu'en Janvier, donc 3 mois plus tard, elle peut reprendre son travail.

En 1958 nouvelle hospitalisation pour accès maniaque avec excitation psycho-motrice, désordre des actes, agressivité et violence.

Reprise du travail 6 mois après.

observation VII.

Madame S...âgée de 38 ans, préposée, ancienne déportée vient consulter en Février 53 pour fatigue générale, amaigrissement, inappétence et troubles dyspeptiques, douleurs abdominales avec alternance de diarrhée et de constipation. L'examen somatique est négatif sinon qu'il montre une langue chargée. Aux examens complémentaires effectués on note une petite anémie hypochrome, une légère polynucléose. L'analyse des selles est sans caractère particulier. A la radiographie on note un léger allongement du colon pelvien.

Maintenue à son travail elle revient consulter à deux reprises pour insomnie, anxiété, douleurs des membres inférieurs .

En Octobre 53 la mise en congé de longue durée est décidée devant la persistance et l'aggravation de l'état dépressif

avec une insomnie complète, des crises de larmes, des troubles psychonévrotiques réactionnels, dans leur étiologie, à sa déportation, comme en témoignent les multiples manifestations de cet ordre. A l'examen on note des réactions hyperesthésiques avec hyperreflectivité, signe de Chvosteck et des crises de larmes.

On lui conseille un traitement spécialisé qui est suivi à domicile mais son état ne lui permet pas de reprendre son travail et en Février 55 en plus des manifestations psychonévrotiques, apparition d'un eczéma et de douleurs de la nuque et des yeux.

Enfin en Avril 55 elle demande un congé pour convenance personnelle.

observation VIII.

Madame D... 30 ans, professeur de dessin, mariée, deux enfants est adressée à la consultation psychosomatique de Saint Antoine pour "cycles dépressifs" allant jusqu'à la dépression aiguë avec envie de suicide, angoisse et émotions disproportionnées avec leur objet, sentiment d'abandon, d'insuffisance dans ses tâches tant professionnelles que familiales, idées qu'elle pourrait faire du mal à ses enfants, fatigue, insomnie et urticaire.

L'examen psychologique montre un niveau intellectuel élevé des capacités professionnelles avérées mais le degré d'efficacité est abaissé par les perturbations affectives. Le carac-

tère est rigide, perfectionniste, inflexible envers soi-même, sans indulgence pour autrui. L'ensemble est en rapport avec un important conflit infantile dans lequel la figure paternelle joue le rôle principal.

En un mois la psychothérapie apporte une telle amélioration que la reprise du travail est possible en Mai 58.

En Février 60, nouvel état dépressif dans un état psychonévrotique. Etant donné que la structure ne paraît pas vraiment cyclothymique on n'envisage pas d'électro-chocs et on institue une psychothérapie avec Largactil. En fait la malade est en état de reprendre son travail 6 mois après.

c) ETHYLISME PSYCHIATRIQUE

Les états d'éthylisme psychiatrique constituent le troisième groupe: nous entendons par là des manifestations modifiant le caractère et le comportement en rapport avec un éthylisme, impliquant une personnalité de base ayant des troubles structuraux plus ou moins révélés par l'alcool.

observation IX.

Monsieur G... né en 1910, éboueur présente en Aout 1950 des troubles du caractère avec épisodes de violence d'origine éthylique. Il continue cependant à travailler.

En Janvier 1951 il est hospitalisé à Ville Evrard pour déséquilibre psychique avec interactions conjugales, griefs à l'égard de ses enfants. Colères furieuses, scandales menaces. En fait il avoue des abus épisodiques d'alcool et clinique-

ment les signes d'imprégnation sont nets. Il subit donc une cure de désintoxication et reprend son travail 6 mois après.

Nouvelle hospitalisation en Juillet 52 pour troubles du caractère, menaces vis à vis de sa femme et ses enfants. Il est mis en congé sans salaire.

En Septembre 1953 il est de nouveau hospitalisé pour troubles du caractère et ulcus gastrique patent.

En Novembre 1954 on doit l'opérer d'un ulcus de la petite courbure, et à sa sortie de convalescence il est placé comme gardien de square. Enfin en Juillet étant donné les troubles caractériels qu'il présente et qui ne sont pas nécessairement liés à la boisson seulement et d'autre part l'installation de troubles des membres inférieurs d'étiologie polynévritique et artéritique, l'emploi de garde est contrindiqué et le malade réformé.

ETUDE ANALYTIQUE DU TABLEAU V.

1°) L'analyse statistique de l'importance de chaque maladie permet de constater que 22,8% des dossiers que nous avons examinés sont constitués par des psychoses chroniques (délires chroniques et schizophrénies) constituant un groupe nosographique assez solide pour lesquels il n'existe ordinairement pas de discussion pour déterminer la nature du congé à accorder, la gravité du cas comportant un diagnostic ordinairement facile.

Le second nombre qui ne peut manquer de frapper est celui

des états dépressifs 173 cas soit 62,2% des congés ayant entraîné la longue durée. Nous nous trouvons donc devant le groupe le plus important, groupe qui n'est pas hélas sans poser, à l'envers des psychoses chroniques, de redoutables problèmes nosographiques et des problèmes de conduite thérapeutique à tenir infiniment plus délicats.

Le troisième nombre, quoique très inférieur aux précédents est celui des états d'éthylisme psychiatrique, 17 cas soit 6,1%

Les autres rubriques n'entraînent pas de notre part de remarque particulière.

Nous avions initialement pensé comparer ces pourcentages à ceux fournis par le ministère de la Santé publique concernant la répartition par groupe nosographique des malades internés dans les hopitaux psychiatriques. A la réflexion cette comparaison statistique ne nous est pas parue possible. C'est qu'en effet la population dont sont issus les malades mentaux de notre étude est une population différente de la population globale. D'autre part l'hôpital psychiatrique voit se sédimenter un certain nombre de sujets qui en tout état de cause ne serait jamais entrés dans une administration telle la Prefecture de la Seine. Nous pensons tout particulièrement au syndrome de débilité mentale profond. La comparaison statistique ne paraissant donc pas possible malgré l'intérêt qu'elle eût présenté.

Nous retrouverons ultérieurement le problème que nous ont posé les états dépressifs. Mais leur nombre ne manque pas

d'impressionner, ainsi pour l'analyse avons nous classé les états dépressifs en trois rubriques: les états dépressifs mélancoliques, les états dépressifs névrotiques et les états dépressifs non étiquetés. Cette troisième rubrique correspond au fait que nous avons travaillé sur dossiers et que certains dossiers ne donnent pas assez d'éléments descriptifs pour nous permettre de les introduire dans les autres catégories.

a) les états dépressifs mélancoliques correspondent typiquement à la psychose maniaco-dépressive.

Nous n'avons retenu que les cas où le diagnostic était expressément mentionné et où la gravité de l'atteinte se manifestait par la concentration douloureuse de la pensée, le *taedium vitae*, la densité de la douleur morale et l'inhibition psychomotrice manifeste.

b) les états dépressifs névrotiques ont été réunis et dans ce même groupe nous retrouvons les cas où dominent

la structure obsessionnelle
la structure hypochondriaque
la structure névropathique

enfin les dépressions réactionnelles. Ces dernières ne rentrent qu'un peu arbitrairement dans le cadre des dépressions névrotiques, en fait nous avons regroupé les cas où une notion existentielle traumatisante apparaît comme ayant un rapport étroit avec une manifestation dépressive.

Au total les états dépressifs, avons nous vu, comprennent

173 cas représentant 62,6% des malades mentaux étudiés.

En reprenant en pourcentage la ventilation des états dépressifs entre les trois catégories un peu arbitraires que nous avons définies nous trouvons:

états dépressifs mélancoliques 14% soit 39 cas

états dépressifs névrotiques 39% soit 108 cas

états dépressifs non étiquetés 9% soit 26 cas

(ces pourcentages sont donnés par rapport au total des malades compris dans notre étude.)

2°) L'analyse de la durée moyenne des congés met bien en évidence que la durée de l'arrêt de travail nécessaire est nettement proportionnelle à la gravité de la maladie; cette notion est typiquement exprimée pour les délires chroniques et les schizophrénies qui ont les durées moyennes les plus élevées respectivement 28 et 27 mois.

Ils s'opposent en cette matière aux états dépressifs où nous retrouverons d'ailleurs la même règle, à savoir que la durée moyenne est de 21 mois pour les états dépressifs mélancoliques, de 11 mois pour les états dépressifs névrotiques, quel que soit le caractère vague de cette notion nosographique, et seulement de 8 mois pour les états dépressifs non précisés.

Il est par contre à remarquer que les syndromes névrotiques isolés de leur contexte dépressif et considérés en raison de la structure de la personnalité, correspondent à un temps d'évolution long: 22 mois.

Avant de reprendre l'étude des problèmes posés par les états dépressifs de ces diverses catégories, mais plus particulièrement par les états dépressifs névrotiques et les états dépressifs non étiquetés nous voudrions nous pencher sur la relation existant entre la maladie de longue durée et les qualifications de l'emploi.

VI. ETUDE DES MALADIES EN FONCTION DE L'EMPLOI: TABLEAU VI.

Dans ce tableau nous avons ventilé les diagnostics en fonction des catégories administratives sus considérées.

En ce qui concerne les délires, il est évident que le petit nombre des cas ne nous permet guère de comparaisons statistiques valables. Toutefois on peut observer une certaine homogénéité des pourcentages.

Dans la colonne des schizophrénies, on ne peut manquer de relever le nombre de 50% en ce qui concerne le personnel technique. Ce personnel technique est constitué de 1980 agents. Il est bien évident, que le petit nombre de cas de maladies mentales rencontrées chez le personnel technique, petit nombre en corrélation étroite avec le peu d'importance numérique de ces agents à la Préfecture de la Seine, constitue un élément qui vient sensiblement gêner l'étude de ce phénomène.

Toutefois il est possible de noter que la schizophrénie était peut être sous un état prémorbide, schizoïde, ou de mauvaise

	Schizo- phrénies	Délires chroniques	Démences artério- pathiques	Dépansions mélanco- liques
Agents admi- nistratifs supérieurs	6,25%	12,5%		25%
Agents admi- nistratifs subalternes	8,9%	7,1%		16%
Personnel technique	50 %	8,3%		16,6%
Professeurs	5 %	12,5%		10 %
Agents hospitaliers	8,3%	11,6%	1,6%	11,6%
Ouvriers	14,6%	13,2%	1,4%	12,3%
Personnel "secondaire"	4 %	20 %		12 %
Hospitali- sations	66 %	57 %		50 %

5

6

7

8

9

10

11

Dépressions névrotiques	Dépressions non étiquetées	Névroses	Déséquilibres psychiques	Ethylisme psychia- trique	Epilepsie	Séquelles neurologiques
37,5%	12,5%					6,25%
44,6%	16 %	3,5%	1,7%	1,7%		
8,3%					16,6%	
55 %	5 %	10 %				
48,3%	8,3%	3,2%	1,6%	1,6%		1,6 %
29,2%	6 %	3 %	3 %	19,1%	1,4%	1,4 %
40 %	16 %		8 %	8 %		
32 %	20 %	10 %	20 %	64 %	66 %	

adaptation sociale à l'origine de l'entrée dans l'administration. C'est qu'en effet le personnel technique voyait par définition un éventail de débouchés sensiblement plus important s'offrir à lui. Sa technicité lui permettait de choisir le secteur privé de façon plus naturelle pourrions nous dire que le secteur public. Ce n'est là qu'une hypothèse et répétons le, le petit nombre des cas considérés ne peut pas nous permettre une affirmation statistiquement valable.

La colonne numéro 9 va nous permettre de poser le problème de l'éthylisme. On ne sera pas surpris, du moins à priori, de trouver le pourcentage le plus élevé dans la catégorie des ouvriers. On verra d'ailleurs, plus loin, que nous nous permettrons une hypothèse de travail qui rapprocherait l'éthylisme psychiatrique de la catégorie professionnelle des ouvriers des dépressions névrotiques d'autres catégories socio-professionnelles.

Dans la colonne des dépressions névrotiques, nous notons qu'en pourcentage ce sont les agents hospitaliers qui avec les professeurs et les agents administratifs subalternes atteignent le nombre le plus élevé. Avec 55% les membres de l'enseignement sont au premier rang des dépressions névrotiques. Ils sont suivis par les agents hospitaliers 48,3% puis par les agents administratifs subalternes 44,6% suivis eux mêmes de près par le personnel "secondaire" 40% puis par le personnel administratif supérieur 37,5%.

Par contre les chiffres s'effondrent ensuite pour tomber à 29,2% pour le personnel ouvrier et 8,3% pour le personnel technique.

Il est par contre tout à fait remarquable de constater que pour les dépressions mélancoliques, on trouve des chiffres à peu près équivalents puisque les chiffres extrêmes sont dans les dépressions mélancoliques de 25% à 10% alors que les dépressions névrotiques ont des flèches extrêmes se situant à 55% et 8,3%.

Ces différences entre dépressions névrotiques et dépressions mélancoliques nous semblent passionnantes à considérer.

C'est qu'en effet sous le terme de dépression mélancolique nous avons regroupé, avons nous dit, les cas se rapprochant des psychoses maniaco dépressives, c'est à dire des psychoses dites endogènes.

De ce fait on n'est guère surpris de trouver des variations assez faibles dans la ventilation entre les différentes catégories socio professionnelles. Par contre les dépressions névrotiques sont beaucoup plus soumises à la catégorie socio professionnelle que ne le sont les psychoses endogènes. Or si l'on veut bien considérer que l'étiologie de celles ci, par définition même, sont plus en rapport avec la structure de l'individu que ne le sont les dépressions névrotiques, nous sommes amenés à constater que c'est plus en rapport des notions socio-culturelles que se définiraient en fréquence, les dépressions dites névrotiques.



En fait ceci devrait être nuancé car nous avons eu l'idée de rapprocher le chiffre de l'éthylisme psychiatrique de celui de la dépression névrotique. Et l'on constate que si les agents administratifs subalternes, par exemple, ne présentent que 1,7% d'éthylisme psychiatrique ils ont 44,6% de dépressions névrotiques, soit au total 46,3%. Or les ouvriers n'ont que 29,2% de dépressions névrotiques, mais ont 19,1% d'alcoolisme psychiatrique soit au total 48,3%.

Le même raisonnement vaut pour les professeurs et en ne considérant que la dépression névrotique il est frappant de voir que 55% des affections présentées par les professeurs sont des dépressions névrotiques contre 29,2% aux ouvriers, mais que si l'on additionne les cas d'éthylisme psychiatrique la différence n'est plus que de 55% à 48,3%.

On serait donc amené à considérer qu'en fonction de la catégorie socio-professionnelle, un certain trouble structural de la personnalité se traduit soit par une dépression névrotique soit par une compensation des mêmes phénomènes structuraux déficitaires sous forme d'un éthylisme psychiatrique.

Il ne s'agit là évidemment que d'une hypothèse de travail qui semble cependant extrêmement intéressante à considérer.

C'est qu'en effet nous arrivons à des chiffres quasi superposables pour les différentes catégories socio-profes-

sionnelles, puisque le personnel secondaire par exemple n'avait que 40% de dépressions névrotiques contre 29,2% aux ouvriers et qu'ils se retrouvent si on regroupe dépressions névrotiques et éthylisme psychiatrique à 48,3% pour les ouvriers contre 48% pour le personnel secondaire.

On arriverait donc à considérer queles troubles de la personnalité, n'aboutissant pas à des troubles psychotiques, se retrouvent avec une fréquence presque superposable dans les différentes couches socio professionnelles pour peu que l'on tienne compte du fait que l'orientation socio culturelle justement peut "orienter" les sujets soit vers une véhicule dépressif soit vers une compensation . hylrique.

On serait donc amené à penser que pour toute couche socio professionnelle une certaine frange de la population présente des troubles structuraux identiques mais dont les modalités d'expressions sont directement en rapport avec les habitudes socio culturelles.

E annexe du tableau sus considéré, nous avons cru intéressant de regrouper le nombre des hospitalisations et leur pourcentage en fonction des différentes catégories nosographiques étudiées.

Il peut paraitre surprenant de voir que 57% seulement des délires chroniques ont été hospitalisés et 66% des .hizophrénies.

Il est évident que le fait pour les délirants ou les schizophrènes d'avoir accédé à une administration publique, a impliqué de leur part un certain degré d'adaptation antérieure à leur décompensation psychotique. Il faut peut être y voir l'explication de la relative rareté d'internement de ces sujets malgré la gravité de leur affection.

C'est par rapport à notre catégorie d'états dépressifs que la ventilation que nous avons faite en fonction de l'hospitalisation nous paraît la plus intéressante. Il n'est pas surprenant de voir que 50% des dépressions mélancoliques ont été hospitalisées. Mais au contraire 32% des dépressions névrotiques et 20% des dépressions non étiquetées ont été hospitalisées.

Nous retrouvons donc la confirmation de la gravité existentielle moindre de l'état dépressif névrotique. Ceci est encore plus patent pour les syndromes névrotiques puisque 10% seulement d'entre eux ont nécessité une hospitalisation.

Nous ne voudrions pas insinuer que l'hospitalisation devrait être le critère de la "maladie mentale". Toutefois ce n'est pas sans une certaine surprise que nous avons noté le très faible pourcentage d'hospitalisations des dépressions névrotiques.

De toute évidence ces états dépressifs étaient compatibles avec une vie sensiblement normale. Pour qui connaît la charge écrasante que représentent les actes les plus

courants ou les plus banaux de la vie quotidienne dans un état de dépression sévère, on ne peut manquer de se demander par quel miracle ces agents, porteurs de ces affections réputées graves, ont pu continuer à vivre en subissant les microtraumatismes de la vie citadine, devant assumer des tâches ménagères pour les femmes mariées, ou assurer leur subsistance pour les célibataires.

VII. EVOLUTION DES DIFFERENTES MALADIES MENTALES:

TABLEAU VII.

Le tableau VII nous permet de considérer dans un premier temps que notre ventilation entre états dépressifs mélancoliques et névrotiques était judicieusement faite; en effet 6% seulement des états dépressifs névrotiques ont abouti à la réforme contre 28% des états dépressifs mélancoliques. Il est à noter que 35% des délirants, 28% des schizophrènes ont pu être repris en charge et retravailler à la Préfecture de la Seine. Ces chiffres nous semblent intéressants, montrant que la réadaptation de ces sujets pourtant gravement atteints, est possible comme le prouve l'expérience de la Préfecture de la Seine.

C'est certainement l'avantage de l'intégration antérieure dans le cadre stable de l'administration préfectorale que de pouvoir offrir aux sujets la possibilité d'une reprise de leur activité professionnelle, sans les obliger,



Maladie	Décès	Démission	Réforme	Rechute
Schizo- phrénie		1	11 37 %	10 35%
Délires chroniques	2	1	16 50 %	5 15 %
Démences artério- pathiques			1 50 %	
Dépressions mélancoli- ques	2	4	11 28 %	8 20 %
Dépression névrotique		2	7 6 %	15 13 %
Dépression simple			1 4 %	1 4 %
Syndrome névrotique			2 40 %	
Ethylisme psychia- trique	1		5 29 %	2 12 %
Epilepsie			2 66 %	1 33 %
Syndrome neurol- gique			2 66 %	

sortant d'un hôpital psychiatrique ou en tout cas d'un long traitement psychiatrique, à faire l'effort de trouver un nouvel employeur. C'est ce qui explique, à notre sens, l'important pourcentage des réadaptations des malades de notre étude. Le fait que 6% seulement des dépressions névrotiques aient été réformées, nous confirme dans l'hypothèse de la non gravité structurale des atteintes de cette catégorie nosographique.

Des autres catégories, le petit nombre de cas ne mérite pas d'être retenu. Nous ne les avons qu'à titre indicatif, mais surtout pour les cas de démence artériopathique puisqu'il ne s'agissait que de deux cas.

En ce qui concerne les rechutes, le nombre important des schizophrènes qui rechutent ne doit pas nous surprendre. La gravité de l'atteinte est telle que les tentatives de réadaptation se soldent souvent par un échec.

Le faible pourcentage de rechute des délires chroniques ne doit pas nous induire en erreur. C'est que 50% d'entre eux avaient été précédemment réformés.

ROLE ET INFLUENCE DU CONGE DE LONGUE DUREE

La comparaison des observations VI et V permet de poser le problème.

En effet la première montre la rapidité d'évolution possible d'un épisode mélancolique au cours d'une psychose maniaco dépressive, en particulier pour l'épisode de 1955. Deux mois de congé ont suffi à amener la guérison.

A l'envers, la seconde montre un malade qui est interné en Mai dans un état grave de dépression mélancolique, mais est considéré en Décembre comme guéri. Or ce n'est qu'en Juillet de l'année suivante qu'il reprend son travail.

On est alors tenté d'opposer les deux cas; il ne s'agit pas de mettre en cause la longueur de la durée dans le cadre d'un traitement bien conduit, autoritaire tel que le réalise au maximum l'internement mais de savoir

s'il y a une consolidation nécessaire,

s'il y a eu facilitation inconsciente, au vu de la longue durée,

s'il y a intérêt à une telle prolongation.

Dans ce cadre entrent les cas où la reprise du travail est sollicitée par le médecin traitant, la prolongation paraissant antithérapeutique, mais les nécessités du servi-

ce, l'absence de travail à mi temps imposent une prolongation, ou au contraire les cas où le congé est sollicité par le médecin traitant et où l'on peut se demander, compte tenu de l'absence des mesures thérapeutiques réelles, à quoi peut servir cette prolongation: ainsi est mise en valeur la nocivité du travail, le sujet se sentant malade par le travail, au cours des états névrotiques en particulier.

On arrive au paradoxe de voir des mères de famille se compensant dans une vie normale, mais sans travail, alors qu'elles assument la réalité de la charge absorbante d'une maison, d'un mari, de plusieurs enfants, alors que l'on sait le poids psycho-social que représentent ces fonctions.

Pour un bon nombre de dépressions névrotiques, le travail, la fatigue y afférant, sont rapidement considérés ou invertis comme une rationalisation de la faillite de la personnalité. L'aspect rationnel d'une telle pensée, son rôle rassurant, au sens où il décharge une partie de la personnalité elle-même de cette responsabilité pour en charger un élément existentiel extérieur, ici le travail, fait mieux comprendre la crainte qu'éprouvent ces personnalités à retrouver le travail, source putative de tous les maux.

Le critère thérapeutique nous est donc apparu dans cette étude comme un élément essentiel. En effet, à part

des cas assez exceptionnels, où le malade n'a véritablement aucune tâche, aucune fonction à assumer dans sa famille, il est peu concevable que le "malade mental" puisse dans une phase évolutive de sa maladie qui ne serait pas la convalescence assumer une part importante des responsabilités familiales. Au plein sens de la thérapeutique il est peu concevable qu'une longue période de soins puisse coïncider ou être réalisée dans le cadre d'une existence normale. D'une part on peut penser que les conditions idéales d'un traitement ne sont pas réunies. D'autre part que s'authentifie ainsi l'aspect nocif du travail, puisque c'est lui qui devient dans cette optique la seule donnée existentielle qu'il ne soit pas possible d'assumer.

Certes nous savons bien qu'une réadaptation du sujet est nécessaire dans son cadre normal d'existence, mais c'est la différence entre la phase thérapeutique active et la phase de réadaptation.

Certes nous savons aussi que le maintien de liens affectifs constitue un élément favorable au traitement. Toutefois, au sens d'une véritable maladie mentale, il serait peu raisonnable et peu vraisemblable que les tensions, les inhibitions, les conflits impliqués par les relations affectives ou sociales du sujet, puissent être maintenus sans que la personnalité n'ait à fournir de trop gros efforts. L'isolement thérapeutique permettant un éloignement des problèmes semble de toute évidence nécessaire.

C'est dans cette perspective que se pose au maximum le



problème des états dépressifs névrotiques. Il est frappant de constater que, dans l'observation VI, une malade internée pour un épisode mélancolique, traitée par électrochocs, reprenne son travail 3 mois après son entrée à l'hôpital psychiatrique, alors que nous voyons évoluer des dépressions névrotiques pendant 20 ou 27 mois sans qu'aucun séjour hospitalier n'ait été réalisé, avec en plus les charges ménagères probablement importantes à assumer.

L'absence de travail est alors la condition nécessaire et suffisante à la stabilisation et la reprise est considérée par le malade comme une cause de rechute.

Dans une autre optique, complémentaire cependant, le problème situe dans la liaison entre la structure de la personnalité et l'épisode psychopathique conçu comme une rupture accidentelle d'un état d'équilibre. Telle mélancolie peut apparaître comme un coup de tonnerre dans un ciel serein, être vécue comme un phénomène pathologique ordinaire comportant, de part la gravité même des symptômes, une rupture avec un état antérieur considéré, en référence, comme sain. Dans cette perspective la "guérison" devra être obtenue le plus rapidement possible. Nous serions tenté de faire une métaphore avec la pneumonie: il s'agit d'une maladie grave, mais dont l'évolution dans le temps est considérée comme un accident par son début brutal transformant en quelques minutes un sujet sain en un malade fébrile frissonnant, douloureux, dyspnéique et par son

évolution cyclique avec un retour à la santé sans séquelles mais impliquant un traitement actif au lit. Et pour poursuivre notre métaphore nous l'opposerons à la bronchite chronique emphysémateuse, de toute évidence moins bactériologique et cliniquement parlant au moment de l'acmé, mais beaucoup plus reliée à des difficultés respiratoires habituelles, permettant malgré tout de courtes sorties, sans mise au lit, et malgré lesquelles le malade, par un dosage judicieux de ses efforts, garde une certaine efficience.

La structuration névrotique de la personnalité implique quoiqu'il en soit une certaine possibilité d'adaptation, même relative, même douloureusement ressentie, tout le cours de l'existence étant marqué parfois depuis l'enfance par ce "sceau" névrotique et où les angoisses, les insatisfactions, l'insécurité sont toujours présentes. Ces modalités névrotiques de vie sont d'ailleurs compatibles à travers maintes périétés avec la création d'un foyer, l'éducation d'enfants, un travail administratif. La dépression névrotique ne constitue alors qu'un épisode qui se "privilègise" eu égard à des conditions non tant de traitement, puisque ce traitement n'agira guère sur les causes profondes des troubles, à savoir la personnalité névrotique, que d'une donnée existentielle à savoir le travail.

On serait donc tenté d'isoler 3 groupes de sujets: les sujets présentant des affections psychotiques chroniques, la "maladie mentale" y est patente, les sujets présentant des

psychoses non chroniques où l'aspect "maladie" est également évident, et les sujets présentant des phénomènes névrotiques où justement l'aspect "maladie" n'apparaît plus clairement, mais où s'y substitue une modalité d'existence fragile, peu adaptée.

On est alors tenté de considérer qu'un sujet anxieux, une personnalité obsessionnelle ou phobique, dont le cours entier de l'existence est marqué par ce sceau, voit ou risque de voir être reconnu comme maladie un état habituel par le simple jeu d'une modalité administrative.

Ceci est mis en évidence dans l'observation suivante:

observation X:

Madame C... Âgée de 52 ans, assistance sociale médico-scolaire, est mise en arrêt de travail en Novembre 1958. Au paravant elle semble avoir eu des arrêts courts, mais fréquents, car elle dit elle-même que ces absences lui avaient fait donner une note assez basse. Sachant cela, au cours de l'année scolaire 1957-58, elle ne s'arrêta donc à aucun moment mais se sentit en Juillet très surmenée et dit n'avoir repris que péniblement son travail en Octobre. Elle s'arrête donc en Novembre 1958 pour des troubles nerveux qui persistent cinq mois après où l'on note, malgré une fatigue moins intense, un amaigrissement, des troubles du sommeil, des troubles mnésiques, une difficulté à se concentrer, une sensation d'instabilité ébrieuse, de l'angoisse

et des ébauches de lipothymie aussi fréquentes à l'extérieur qu'à domicile. Cependant la malade ne sort pratiquement pas de chez elle. Il s'agit donc en fait d'une femme atteinte d'un état anxieux hypochondriaque d'origine purement névrotique sur un état psychasthénique.

Le problème du congé de longue durée est alors posé et est ainsi envisagé :

" la malade demande à aller à la campagne pour essayer de se remettre, les traitements sédatifs banaux suivis depuis cinq mois n'ayant pas donné d'amélioration de son état. Certes le séjour à la campagne est, au point de vue médical, justifié, car le séjour à domicile est habituellement néfaste à ces malades. Mais il est à noter que la malade ne le demande que maintenant, à l'expiration de ses congés normaux de maladie et sans avoir suivi jusqu'à maintenant de traitement vraiment sérieux.

Certes également, la nature de cette maladie pourrait à la rigueur, par extension du cadre des maladies mentales, permettre l'obtention d'un congé de longue durée. Mais il est certain que celui-ci aurait un effet psychothérapeutique désastreux car la malade ne reprendra alors certainement son travail qu'à l'expiration des trois ans et encore ne le pourra-t-elle sans doute plus dans l'état actuel des traitements qu'elle suit.

Il serait donc souhaitable qu'elle puisse faire un séjour à la campagne, en dehors du cadre des congés de longue durée, pour envisager ensuite une reprise du travail.

Si cet essai, tenté avec une bonne volonté, dont elle ne semble pas jusqu'ici avoir fait preuve, n'était pas couronné de succès, l'obtention d'un congé de longue durée pourrait alors à nouveau être envisagé."

En fait, malgré les efforts des médecins, l'on assiste à l'installation de la "maladie", maladie qui vient d'autre part aggraver les positions de l'intéressée, ce qui comble son masochisme profond.

Ainsi la mise en congé de longue durée est une mesure thérapeutique au même titre que l'hospitalisation, l'application de traitements antidépressifs et la période de réadaptation et comme ceux-ci possède ses indications et ses contrindications.

Il est certain que le congé de longue durée met le malade dans les conditions les plus favorables au traitement, mettant le malade mental dans une atmosphère de sécurité grâce à la suppression de tout souci budgétaire ou professionnel. Il est très important en effet que soit rompu le cycle que crée le fait même de la maladie mentale dont les conséquences socio-professionnelles, en l'absence de toute possibilité de congés, ont un retentissement indiscutablement néfaste sur la maladie elle-même et partant sur le pronostic qui se trouve compromis par ces conditions d'insécurité, impliquant des tensions et des inhibi-

tions, difficilement compatibles avec un traitement bien conduit. Cette sécurité budgétaire permet d'autre part la non rupture des liens affectifs, élément-favorable au traitement, sans mettre pour autant le sujet au contact permanent de charges familiales auxquelles il ne pourrait subvenir. Ainsi le congé de longue durée met le malade en condition de réceptivité à l'action de la thérapeutique active puis de la réadaptation. Et il est remarquable de constater qu'ainsi près de 30% des schizophrènes et 35% des délirants chroniques ont repris des fonctions dans le cadre de l'administration de la Préfecture de la Seine. Ainsi grâce à ces congés prolongés, qui ont permis la pleine efficacité de la thérapeutique moderne, il a été possible de réadapter un tiers des sujets atteints de psychose chroniques graves qui il y a quelques années les auraient condamnés à une "disgrâce" sociale définitive.

A l'envers, au cours des états psychiatriques liés à la structure de la personnalité, le congé de longue durée peut favoriser l'enkystement de la maladie, ou l'utilisation de la maladie qui se trouve être rationalisée par le fait même du travail. Et ceci semble particulièrement vrai pour les névroses et les états dépressifs névrotiques dont la classification est particulièrement délicate. Or rappelons le, près de 40% des malades mentaux étudiés ici sont dans des états dépressifs névrotiques où il est difficile de prévoir l'influence thérapeutique ou antithérapeu-

tique des congés de longue durée. Autant la suppression des microtraumatismes, de la fatigue liée au travail, la rupture de certains liens nocifs peuvent être favorables au traitement, autant il est désastreux de transformer en "maladie" un état lié à la structure de la personnalité compatible avec une existence normale ou presque normale.

Et ceci est encore plus vrai pour les états créés ou aggravés par les thérapeutiques antidépressives, tranquillisantes, mises en oeuvre maladroitement en dehors de tout contrôle psychiatrique. Certains sujets soignés pour des troubles mineurs par cette thérapeutique mal conduite voient s'installer un déséquilibre neurovégétatif important les conduisant à demander un congé de longue durée. D'évidence ces sujets après un court congé, entrant dans le cadre des congés ordinaires, retrouvent un équilibre compatible avec la reprise du travail, alors que la mise en congé de longue durée avec la prise de conscience par le sujets de ses "droits" au congé, peut favoriser une décompensation encore inexistante.

Conclusions.

Il nous a paru intéressant d'étudier les congés de longue durée pour maladies mentales accordés dans une grande administration parisienne. L'intérêt de cette étude tient à l'importance des effectifs (38.000 agents) et à la variété des emplois. Il résulte également de la stabilité de la commission médicale qui, pendant la période de quinze ans, s'étendant de 1948 à 1962, sur laquelle a porté notre étude, est restée identique à elle-même.

Cette étude nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de faits touchant les malades mentaux et les états psychiatriques, et de soulever certains problèmes médico-administratifs.

Dans une première partie, après une étude des arrêtés préfectoraux mettant en application les dispositions de la loi du 19 Octobre 1946, nous avons analysé statistiquement d'abord le nombre et la durée des congés de longue durée en fonction des agents de l'administration, puis en fonction des maladies mentales, enfin la fréquence des maladies mentales en fonction de l'emploi.

Au cours de cette analyse nous avons noté la fréquence toujours croissante d'année en année du nombre des sujets atteints de troubles mentaux. Cette augmentation semble devoir être attribuée à une "psychiatisation" de troubles psychologiques favorisée par la vogue des tranquillisants et la

publicité faite à leur endroit.

Dans une même optique nous avons constaté que la maladie mentale était plus fréquente chez les sujets ayant un niveau socio-culturel élevé. Ainsi nous avons relevé, pour une période de quinze ans, 1,05% de malades mentaux dans le personnel administratif, plus évolué, plus influencé par les courants d'idées, et seulement 0,43% de malades mentaux chez les ouvriers moins rapidement touchés par ces mêmes influences.

De même en comparant les durées des congés dans les différentes variétés d'emplois nous avons constaté que les troubles mentaux du personnel ouvrier sont rares mais sévères et que les troubles mentaux du personnel administratif sont fréquents mais de gravité moindre.

Ainsi que le niveau socio-culturel, l'âge influence la fréquence et la gravité des troubles mentaux. Les sujets de moins de 25 ans présentent des troubles mentaux souvent graves comme en témoigne la longue évolution des congés qui leur sont nécessaires, de même les sujets dont l'âge est compris entre 45 et 55 ans sont les plus fréquemment atteints.

L'étude des maladies mentales ayant donné lieu à l'octroi des congés de longue durée a mis d'abord en évidence l'importance des états dépressifs qui représentent 62,6% des maladies mentales. Parmi ces états dépressifs, qui nous ont posé de lourds problèmes nosographiques, les états dépressifs névrotiques dominent le tableau, représentant 39% des maladies

mentales. Puis par ordre de fréquence viennent les psychoses chroniques avec les délires chroniques 11,9% et les schizophrénies 10,9% , enfin les cas d'éthylisme psychiatrique représentent 6,1% des cas étudiés, les autres maladies étant peu fréquentes.

La durée moyenne des congés a confirmé la notion de gravité des psychoses chroniques: 28 mois d'évolution moyenne. Par contre elle a mis en évidence l'hétérogénéité du groupe " états dépressifs" dont la durée varie de 3 à 60 mois. Aussi les avons nous distingués en

- états dépressifs mélancoliques
- états dépressifs névrotiques
- états dépressifs simples

et nous avons pu constater la plus grande gravité des premiers dont la durée moyenne d'évolution est de 21 mois, la gravité moindre des seconds avec 11 mois d'évolution et la bénignité des dernières, 8 mois.

Au cours de l'étude de la nature des maladies, ayant ouvert droit au congé de longue durée, en fonction des diverses variétés d'emplois, il nous a paru intéressant de mettre en évidence deux constatations: d'une part la grande fréquence des états dépressifs névrotiques chez les sujets au niveau socio-culturel élevé et d'autre part la fréquence des cas d'éthylisme psychiatrique chez les ouvriers. De plus en additionnant le nombre des états dépressifs névrotiques et celui des états d'éthylisme psychiatrique nous avons

constaté que quelque soit la catégorie d'emplois envisagée, l'ensemble de ces deux troubles mentaux représente environ 50% des maladies mentales. On serait donc amené à penser qu'un certain trouble structural de la personnalité se traduit soit par une dépression névrotique soit par une compensation des mêmes phénomènes déficitaires structuraux sous forme d'éthylisme psychiatrique.

Enfin nous avons constaté, en suivant l'évolution des maladies, que 30% des sujets atteints de psychose chronique avaient été réadaptés et avaient repris un emploi dans l'administration.

Dans une seconde partie, à la lumière des résultats ainsi analysés, nous avons étudié le rôle et l'influence des congés de longue durée sur les maladies mentales. Ainsi l'action thérapeutique nous est apparue indiscutable pour les états graves tels les psychoses chroniques ou les états dépressifs mélancoliques. Il n'en a pas été de même pour les états dépressifs névrotiques où réside une difficulté dans la détermination d'un tel état et dont les symptômes ne sont que subjectifs. Dans certains cas le congé de longue durée a un rôle antithérapeutique transformant un état lié à la structure de la personnalité en "maladie". Ici plus qu'ailleurs l'abus dans l'octroi des congés de longue durée peut être néfaste.

Au total cette étude des congés de longue durée pour troubles mentaux apporte de nombreux renseignements médico-sociaux, mais soulève aussi les problèmes liés à l'octroi même des congés de longue durée dont le sens thérapeutique doit, avant toute autre considération, être conservé, mais nécessite une plus grande précision dans l'attribution de congés de cette nature et peut-être plus de souplesse dans les dispositions visant à faire reprendre leur travail aux fonctionnaires qui en ont bénéficié.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROCHE.

VU:

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,
L.BINET.

VU:

Le Président de Thèse:
L.NICHAUX.

